

Utvärdering av arbetsinriktad rehabilitering på Previa av 20 doktorander med stressrelaterade besvär från Göteborgs Universitet under 2007.

Ludmila Hörlin,
Företagsläkare PREVIA AB
Postgatan 28
404 39 GÖTEBORG
Tel. 031-615700
Ludmila.horlin@previa.se

Handledare: Mats Hagberg
Professor, överläkare Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs
Universitet

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	4
Undersökningsgrupp	6
Metod	8
Resultat	9
Diskussion	18
Rekommendation	18
Litteraturförteckning	19

Sammanfattning

Ludmila Hörlin,

Företagsläkare PREVIA AB, Postgatan 28, 404 39 GÖTEBORG

Tel. 031-615700, Ludmila.horlin@previa.se

Göteborgs Universitet(GU) är en av FHV Previa AB största kunder. Detta projektsarbetet genomfördes enligt önskemål från GU ledning. Under perioden 2006-2007 har man observerat stigande sjukskrivningstal samt stressrelaterad ohälsa hos doktorander på GU. Personalavdelning larmade att sjukskrivningstalet bland doktorande högre (5,8%) än bland andra yrkesgrupper (3,4%). Antalet arbetsrelaterade sjukskrivningar hos doktorander var 59% det är betydligt högre än bland övriga anställda på GU, 28%

Doktorander har en speciell arbetssituation oftast med otrygg anställningsform och höga krav att prestera under ekonomiskt begränsad tid. Doktorander är ambitiösa och högpresterande individer som arbetar mer än normal 40 timmars arbetsvecka.

Syftet med studien är att få ökad kunskap om stressrelaterad ohälsa hos doktorander på GU. Att identifiera bidragande och skyddande faktorer samt att förbättra rutiner i rehabiliteringsarbetet med doktorander både på Previa och Göteborgs universitet.

Undersökt grupp och metod, 20 doktorander från GU genomgick arbetsinriktad rehabilitering på Previa under 2007. Detta motsvarar ca 70% av alla doktorander som sökte FHV.

Man tillämpade kvalitativ metod för att analysera alla 20 journaler och sjukintyg från FHV.

Resultat

Alla 20 doktorander var i dåligt skick när de sökte Previa och behövde längre rehabilitering med flera insatser. Försenade insatser fördröjde tillfriskande, orsakade mer smärta och lidande för individen. Den aktuella rehabiliteringssmodellen inriktas först och främst på efterhjälpande insatser. Efterhjälpande insatser för anställda är som regel mycket kostsamma för arbetsgivaren.

Slutsats: Denna undersökning visade ett stort behov att bygga upp en ny rehabiliteringsmodell som inriktar sig på tidiga, förebyggande insatser från GU och FHV för att motverka utveckling av stressrelaterad ohälsa hos doktorander.

1 Inledning

1.1 Om doktorandanställning

Doktorand är en person som bedriver studier och forskning för högsta Akademiska examen, doktorsexamen (Svenska ordboken). Forskarutbildning som avslutas med doktorsexamen omfattar 240 högskolepoäng (4 år).

Tiden kan förlängas med ett år om doktorander till exempel undervisar.

Arbetet med självständig doktorsavhandling upptar större delen av utbildning.

Doktorandsanställning förlängs tillsvidare med högst ett år första gången och sedan högst 2 år i taget. Det krävs en prestation för fortsatt förordnande. Vårtermin 2007 fanns vid Göteborgs universitet (GU) 1360 doktorander som forskarstuderade på minst halvtid. Av dem hade:

- 651 anställning som doktorander med fast lön och samma villkor som övriga anställda.
- 200 utbildningsbidrag
- Cirka 100 var stipendiater
- Övriga hade annan anställning inom universitet, tog studiemedel eller var anställda utanför universitetet med finansiering från annan arbetsgivare (5).

Doktorandanställning är vanligast vid naturvetenskapliga och tekniska Institutioner. Ungefär 55 % av alla forskarstuderande i Sverige har idag anställning som doktorander. Ojämligheter mellan doktorander där en del har anställning från första dagen mellan andra lever på stipendium och utbildningsbidrag skapar olika förutsättningar för att klara forskarutbildning. Doktorander med egen finansiering upplever ofta sin position på institutionen som mer otydligt (1). Göteborgs universitet diskuterar nu möjlighet att ge samtliga forskarstuderande anställning från första dagen (5). Doktorander på universitet har således en mycket speciell arbetssituation. Många har en otrygg anställningsform och känner sig osäkra på framtiden. De ska prestera mycket under en ekonomiskt bestämd tid (fyra år). Man har höga krav på sig att prestera, skapa, vara kreativ. En doktorand får vanligtvis undervisningsansvar som ibland är frivilligt men anses som merit och de flesta doktorander undervisar (3). De flesta doktorander är mycket ambitiösa, duktiga och högpresterande individer som arbetar oftast betydligt mer än vad som är en normal 40 timmars arbetsvecka. Alla är oerhört engagerade i sitt ämne och har därmed svårt att prioritera och begränsa sina insatser, mycket känns viktigt. Doktorander behöver mycket stöd från handledare , inte minst för att strukturera och till och med begränsa sin forskningsinsats. Doktoranden har en huvudhandledare och en bihandledare som man är beroende av. Det är avgörande för en doktorand att dennes handledare har

relevant kompetens inom området samt är kompetent som mentor och handledare. ”Alla handledare bör gå speciell utbildning och prövas som lämpliga”(1). Om det uppstår problem mellan doktorand och handledare kan det vara svårt att lösa det pga beroendeställning och behovet av handledning. ”det finns ingen instans att vända sig för dem som har problem med handledare”(1). Ansvar för doktoranders arbetsmiljö på GU ligger först och främst på prefekten och personalchef på fakulteten. Detta känner de flesta av doktorander inte till.

Göteborgs universitet har fått kritik från arbetsmiljöverket för att det på institutioner inte har funnits rutiner för att introducera och vägleda doktorander ur både fysiska och psykosociala arbetsmiljöaspekter (3). Det har också varit mycket oklart vem som har ansvar för doktorander arbetsmiljö. Rutiner gällande arbetsanpassning och arbetsinriktad rehabilitering var oftast okända för doktorander och mycket olika på institutionerna. Doktorander omfattas inte under sina första två år av företagshälsovård, men under denna tid kan de vända sig till studenthälsan. Många känner inte till detta (3).

Enligt uppgift från personalavdelning är sjukskrivningstalet bland doktorander på Göteborgs universitet högre (5,8 %) än bland andra yrkesgrupper (3,4 %) (3).

1.2 Sammanfattande statistik

Här är Försäkringskassan och FHV analys av sjukskrivningar på Göteborgs universitet under perioden 2007-01-01 – 2007-08-30

143 sjukfall som har avslutats under perioden 2007-01-01 – 2007-08-30

22 doktorander där 64% hade diagnosen depression, ångest, stressreaktion, utmattningssyndrom varav 59% var arbetsrelaterat enl. läkarintyg. Övriga 121 anställda där 40% hade diagnosen depression, ångest, stressreaktion, utmattningssyndrom varav 28% var arbetsrelaterat enl. sjukintyg. 20 doktorander hade kontakt med Previa 2 doktorander kontaktade Vårdcentral.

Antal fall av depression, ångest, stressreaktion, utmattningssyndrom		Antal övriga diagnoser		Antal arbetsrelaterat			
Doktorander	Övriga	Doktorander	Övriga	Doktorander		Övriga	
				Ja	Nej	Ja	Nej
14	48	8	73	13	9	34	87
Totalt antal diagnoser 143				Tot. relaterade arbete Ja/Nej 143			

Andelen arbetsrelaterade sjukfall för doktorander	59 %
Andel arbetsrelaterade sjukfall övriga	28 %
Total andel arbetsrelaterade sjukfall	33 %

Andelen ej arbetsrelaterade sjukfall för doktorander	41 %
Andel ej arbetsrelaterade sjukfall övriga	72 %
Total andel ej arbetsrelaterade sjukfall	67 %

Andelen av akademiker med depression, ångest, stressreaktion, utmattningssyndrom	64 %
Andelen av ej akademiker med depression, ångest, stressreaktion, utmattningssyndrom	40 %
Total andel sjuka med depression, ångest, stressreaktion, utmattningssyndrom	43 %

Andelen sjuka av akademiker med andra diagnoser	36 %
Andelen sjuka ej akademiker med andra diagnoser	60 %
Total andel andra diagnoser	57 %

Enl. Försäkringskassans statistik över hela landet är det 30 till 40% av alla diagnoser som stressreaktion, utmattningssyndrom, depression och ångest är arbetsrelaterade (8).

Detta stämmer väl överens med vår statistik och visar att doktorander är en utsatt grupp på universitet. Göteborgs universitets ledning är mycket angelägen att förbättra doktorandernas anställnings-situation och arbetsmiljö, utveckla rutiner för att ”introducera och vägleda doktorander ur både fysiska och psykosociala arbetsmiljöaspekter”(3). GU har lagt stor vikt vid att tillsammans med FHV Previa förbättra gemensamma rutiner av rehabilitering och arbetsanpassning doktorander med stressrelaterad ohälsa.

2 Undersökt grupp

Totalt genomgick 20 doktorander från Göteborgs universitet arbetsinriktad rehabilitering på Previa under 2007. Detta motsvarar ca 70% av alla doktorander som sökte FHV (förebyggande åtgärder som vaccinationer och hälsokontroller är undantagna).

Tabell uppdelad på institutioner

Institution	Doktorander med depression, ångest, stressreaktion, utmattningssyndrom	Doktorander med övriga diagnoser
Naturvetenskap	3	1
Samhällsvetenskap	3	1
Humanisten	3	0
Handels	1	1
Sociologen	2	0
Historiska	1	0
Konstfack	1	1
Sahlgrenska akademi	2	0
Totalt	16	4

Av dessa var sex manliga och fjorton kvinnliga doktorander. Den äldsta doktoranden var fyrtiofem år och den yngsta var tjugosju år. De flesta doktorander var mellan trettioett och trettionio år. Medelålder för kvinnliga doktorander 34 år och 33 år för manliga.

Diagnoser

Av 7 doktorander, 3 manliga och 4 kvinnliga had diagnosen depression.

2 av dessa doktorander hade också neuropsykiatrisk problematik.

Blandade ångest och depressionstillstånd 1 kvinnlig. Stressreaktion 2 kvinnliga.

Utmattningssyndrom 5 doktorander. Av dem hade 1 insulinbehandlad diabetes mellitus och 1 svår migrän. Panikångest 1 doktorand. 4 doktorander hade värkproblem i muskler och leder 3 av dem 1 man och 2 kvinnor cervikobrakial syndrom och 1 hade ”musarm”.

Syfte med studie

Är att få ökad kunskap om stressrelaterad ohälsa hos doktorander på Göteborgs universitet. Identifiera bidragande och skyddande faktorer. Förbättra rutiner i rehabiliteringsarbetet med doktorander både på Previa och Göteborgs universitet.

3 Metod

Den valda metodiken är analys av journalanteckningar från FHV Previa som inkluderar:

- telefonbedömning gjord av sjuksköterska,
- bedömningssamtal med läkare med alla sedvanliga anamnestiska uppgifter
- medicinsk/psykiatrisk utredning som omfattar somatisk och psykisk status beskrivning samt frågeformulär HAD och MDRAS-S
- laboratoriedata
- analys av utredning/behandling hos andra yrkeskategorier (psykolog, sjukgymnast, beteendevetare)
- analys av samarbetet med försäkringskassan och arbetsgivare (rehabiliterings/avstämningssmöte)
- analys av sjukintyg

Allt detta beskrivs språkligt och lämpligt därför analyseras med kvalitativ metod.

Rehabiliteringsarbetet pågick enligt följande modell:

telefonbedömning av erfaren sjuksköterska som tar emot alla samtal från Göteborgs universitet dagligen på bestämda tider. Alla anställda på Universitetet har enl. avtalet möjlighet kontakta FHV på eget initiativ.

Sedvanligt somatisk undersökning erbjöds vid första läkarbedömning, kompletterade undersökningar gjordes vid uppföljning.

Psykiatrisk undersökning med standardiserade frågeformulär genomfördes vid stressrelaterad ohälsa (4). Belastningsbesvär med nack-skuldersymtom och hand-arm besvär utreds enl. rekommendationer från AMM Göteborg.

Alla patienter med stressrelaterad ohälsa remitterades till psykolog/beteendevetare för bedömning, förslag till behandling och ev. utredning av psykosocial arbetsmiljö. Enl. avtal har alla anställda på Göteborgs universitet med arbetsrelaterad ohälsa rätt till 5 psykologsamtal. Patienter med belastningsbesvär remitterades till sjukgymnast för bedömning.

4 Resultat

4.1 Resultat av journalanteckningar

18 av 20 doktorander kontaktade FHV själva då dem har hittat information om Previa via Universitetets websida, eller via kollegor. Två av tjugo kontaktade FHV på rekommendation av ledning (prefekt eller handledare)

Det förekommer ibland att prefekter, handledare eller personalansvariga kontaktar FHV för att boka tid för sin doktorand. Detta har inte skett i undersökningsgrupp.

Läkarbedömning. 19 av 20 doktorander remitterades direkt till läkare för medicinsk bedömning/utredning ev. sjukskrivning. 1 av 20 remitterades först till beteendevetare för samtalsstöd. Redan vid första läkarsamtal har man försökt att identifiera utlösande stressfaktorer. Bedömma patienters egna riskfaktorer som samsjuklighet, ärftlighet för psykisk/kroppslig ohälsa, tidigare sjukdomar som orsakar ökad känslighet för stressorer, risker i miljö som konflikt med handledare, dåligt stöd från arbetskamrater, otydlig ledning, delar arbetsrum med flera eller ogynnsam hemmiljö (4). Kvinnliga doktorander med små barn (2 doktorander) upplevde hela sin livssituation som oerhört stressande. Skyddande faktorer diskuterades också. De flesta av doktorander hade ingen konstaterad kroppslig åkomma (17), var relativt unga och hade ganska bra fysik. 17 av 20 var ganska nöjda med sina handledare . De flesta hade dock mycket svag uppfattning vem som hade ansvar för deras arbetsmiljö.

Tillgång till sjukgymnast är begränsad (75 % tjänst) och enligt avtalet prioriterar man ergonomiska tjänster. I 2 av 4 fall skedde behandling utanför Previa.

Detta kan i sin tur fördröja rehabiliteringsarbetet.

4.2 Resultat. Sjukskrivningar

Av 20 doktorander har 17 blivit heltids eller partiellt sjukskrivna redan efter första besök då man bedömde att patienter var i så pass dåligt skick och hade klart nedsatt arbetsförmåga.

En doktorand har blivit sjukskriven efter 2 samtal med beteendevetare då behandlare bedömde att läkarinsatser var nödvändiga. 1 doktorand hade vid första kontakten partiellt (50%) sjukbidrag pga depression och residuell hjärnskada symptom efter stroke för 5 år sedan.

Sjukskrivningslängd

1-6 månader 9 doktorander av dem:

- 2 med stressreaktion
- 3 med utmattningssyndrom
- 1 med musarm
- 2 med depression
- 1 med blandade depression och ångesttillstånd.

6-12 månader sjukskrivning 8 doktorander av dem:

- 5 med depression
- 2 med värkproblematik-cervikobrakialt syndrom
- 1 med utmattningssyndrom och diabetes mellitus.

Fortfarande sjukskrivna 12-18 månader 3 doktorander av dem:

- 1 med utmattningssyndrom och migrän
- 1 med panikångest
- 1 med cervikobrakialt syndrom

I alla 20 fall har man försökt efter avstämningsmöte och diskussion med handledare och prefekt som upprättade rehabiliteringsplan att patienter håller kontinuerlig kontakt med arbetsplatsen genom deltidssjukskrivning eller arbetsträning(4).

4.3 Resultat. Avstämningsmöte

Målet var att få till stånd avstämningsmöte med ledning och i vissa fall med försäkringskassan inom 3 månader efter behandling/rehabiliteringsstart. Detta har fungerat i 12 fall, 2 doktorander har motsatt sig avstämningsmöte med ledning och i ett av fallen blev rehabilitering mycket långdragen. I 6 fall har man återkopplat till arbetsgivare via telefonkontakt. Uppföljande avstämningsmöte ägde rum efter 3-6 månader i 8 av 12 fall.

I 4 fall har man haft 3-4 avstämningsmöte under 2007. Syfte med möte och återkoppling var att hjälpa arbetsgivare att upprätta fungerande och realistisk rehabiliteringsplan för doktorand.

Viktiga punkter var:

1. Prefekten (i enstaka fall personalchef) insatt i och informerad om doktorandens situation. Prefekten samtalar med doktorand om arbetsorganisering i syfte att minska stress och skapa bättre struktur och överblickbarhet.
2. Doktorand ska ha tät och regelbunden kontakt med sin handledare som är informerad om situationen.
3. Doktorand och handledare upprättar en strikt plan för avhandlings olika delar samt en tidsplan när dem ska vara klara.
4. Doktorand arbetar med sitt avhandlingsmaterial på ordinarie arbetstid, inte på kvällar och helger. Om doktorand är partiellt sjukskriven ska arbetet ske bara på strikt förbestämda timmar.
5. Man har försökt att begränsa alla undervisningsuppdrag för drabbade doktorander och fokusera arbetet på avhandling.
6. I många fall har man avstått att delta i konferenser och att skriva artiklar utöver avhandling.
7. I vissa fall behövs översyn och förbättring av den fysiska arbetsmiljö, som t.ex.
 - a. Ett eget rum på institution, möjlighet att stänga dörr för att få mer arbetsro.
 - b. Tillgång till ergonomiskt anpassad databord och stol.
 - c. Tillgång till speciellt dataprogram då doktorand istället för att skriva kan prata in sin avhandling (viktigt för pat. med belastnings/värkproblematik.)

4.4 Resultat. Stresshanteringskurs

12 doktorander deltog under sin rehabilitering i stresshanteringskurs som omfattar 9 gruppträffar under en termin. Stresshanteringskurs leds av psykolog och sjukgymnast med god kännedom om Göteborgs universitet och doktoranders arbetsmiljö. Universitetsanställda har möjlighet att delta i kursen på sin arbetstid som innebär en förmiddag varannan vecka under ca 1 termin. 1 doktorand deltog i nackskola under ledning av vår sjukgymnast. 1 doktorand deltog i stresshanteringsyoga under ledning av Previas sjukgymnast. 4 doktorander (2 med värkproblematik, 1 med depression och 1 med utmattningssyndrom) remitterades till Fysiken för att komma igång med fysisk aktivitet under ledning av sjukgymnast. Redan från rehabiliteringsbörjan informerades doktorander om betydelse av regelbunden fysisk aktivitet och regelbundna mat- och sömnvanor (8).

4.5 Resultat. Läkemedelsbehandling

19 av 20 doktorander hade behov av läkemedel.

SSRI-behandling hade 14 patienter.

1 behandlades med Fluoxetin

1 med Cymbalta

3 med Citalopram/cipralex

9 med Sertralin (Zoloft) dosen mellan 50-150 mg.

Kvinnliga patienter med utmatningssyndrom och måttligt depression från icke naturvetenskapliga institutioner avvaktade något längre med SSRI behandling och hade större förväntningar på paramedicinska behandlingar. Alla svarade positivt på antidepressiv behandling och biverkningar var lindriga.

15 medicinerades vid behov med ångestdämpande läkemedel (Atarax att föredra) insömningsmedel (Imovane eller Stilnoct) sömnmedel (Propavan eller Theralen) NSAID vid behov mot smärta.

4.6 Resultat. Medicinsk utredning

Alla doktorander var kroppsligt undersökta av läkare minst vid 1 tillfälle under rehabilitering för att utesluta bidragande somatiska orsaker.

I 15 fall har man också gjort laboratorieutredning med HB,SR;CRP, p-glukos, TSH, T4, B12, folsyra, Na, k, Ca, krea, ALat, Asat(4).

1 doktorand remitterades till Smärtkliniken för behandling.

1 till neuropsykiatrisk utredning.

1 till migränkliniken för optimerad behandling.

4.7 Resultat. Symptomatik

När det gäller symptomatiken stämde bilden väl överens med diagnostiska kriterier för psykiatriska sjukdomar som depression, panikångest, stressreaktion eller utmatningssyndrom. Kognitiva störningar som koncentrationssvårigheter, minnesproblem och nedsatt förmåga att hantera krav och göra saker under tidpress, avsaknaden av kreativitet, försämrade exekutiva funktioner och nedsatt lust och motivation uppfattades dock som mest framträdande och handikappande (4).

Många hade kroppsliga symptom sedan långt tillbaka. Magtarmbesvär (ofta IBS), yrsel, illamående, hjärtklappningar, tryck över bröstet, rastlöshet. Många hade dålig kroppskänedom och under lång period reagerade inte alls på kroppsliga signaler (8). Alla doktorander var mycket lojala mot sin arbetsgivare (Göteborgs universitet) och kände stort ansvar gentemot institution som finansierar deras forskning och gentemot sina handledare. Många hade stora skuld känslor och skämdes för att de inte uppfyllde förväntningar och presterade tillräckligt bra under tidspress.

4.8 Resultat. Fallbeskrivningar

Fall 1, "Karl"

Karl är 35 årig forskare på sitt tredje år i doktorand utbildning.

Tidigare helt frisk, elitidrottare, alltid ambitiös, målinriktad och relativt stresstålig.

Forskar inom naturvetenskap och en del av arbetet måste göras på fältet.

För 5 år sedan i samband med idrottutövning fick Karl en besvärlig knäskada som krävde längre rehabilitering. Sedan dess idrottar Karl allt mindre. Satsar fullt på sin doktorandutbildning. Arbetar 10-12 timmar dagligen, först och främst framför datorn, slarvar med måltider, således ändrar fullständigt på livsstil. Har under senaste två åren utvecklat insulinberoende diabetis mellitus. Diabetis blev visserligen mycket svårt inställd och Karl kände sig sönderstressad av detta. Kontrollerar blodsocker innan varje måltid, samt morgon och kväll.

Ändrar själv insulindos beroende av sockernivå. Kan ej fokusera på sina studier och har tappat kontrollen över sin arbetssituation och ligger mycket efter i avhandling. Har bra relation till sin handledare och prefekt men vågar ej berätta för ledning om sin livssituation. Har skuld känslor att han inte presterar enl. förväntningar. Mår allt sämre psykiskt, nedstämd, lätt irriterad, svänger i humöret, har tappat koncentration påtagligt, arbetsminne sviktar samt sover dåligt på nätterna. Detta har pågått under 1 år. Till slut berättar Karl om sin situation till sin diabetesläkare på SU som skriver remiss till undertecknad på Previa. Redan vid bedömningsbesök uppfyller Karl kriterier för diagnos Utmattningssyndrom.F 43.9. Efter utredning remitterades Karl till stresshanteringskurs, i samråd med endokrinolog sätts ångestdämpande in samt insomningsmedel vid behov. Karl har också fått råd om livstilsförändring och succesivt återgång till träning. Karls arbetsförmåga var nedsatt med 75%. Läkare har också föreslagit avstämningsmöte med FK och arbetsgivare men Karl insisterade att avvakta med detta. Karl har också berättat för läkare att han kommer att gifta sig om 3 månader. Man planerar ett stort bröllop och smekmånad på Stillehavs ö.

Karl kände sig övertygad att han kommer att må mycket bättre efter alla positiva förändringar och ville absolut inte vara sjukskriven under den tiden. Vi kom fram att Karl kontaktar läkare efter resan. Efter 1 månad ledighet mådde Karl något bättre och provade att arbeta 50% efter detta. Detta resulterades tyvärr att han kollapsade totalt efter 1 vecka och sökte psykiatriakuten efter ångestattack. Efter 4 månader behandling var hans hälsa lika dålig som vid bedömningssamtal. Situationer krävde flera insatser och ordentlig rehabiliteringsplan. Karl återigen sjukskriven 75%, har individuella samtal med beteendevetare, insatt på SSRi i låg dos. Fortsätter med mediciner vid behov, remitterad till sjukgymnast på Fysiken för att komma igång med regelbunden intensiv träning.

Man samordnar snabbt möte med handledare och prefekten som ger Karl gott stöd och uttrycker full förståelse av hans situation och möte blir inte alls dramatiskt som Karl hade befarat. Ledning hade god möjlighet att hjälpa Karl planera hans doktorandutbidning. Karl mådde betydligt bättre direkt efter möte då hans skuld känslor för dåliga prestationer kunde bemötas på ett bra sätt. Han kunde minska press på sig själv och förstärka sitt sviktande självförtroende, då ledning uppfattade honom som mycket perspektiv forskare. Mötet hjälpte honom att ändra negativ och destruktiv tankegång då han inte sett någon utväg och kände sig vilslen och desperat. Karl hade flera månader rehabiliteringsväg framför sig med flera insatser. Kunde detta förebyggas om Karl berättade för handledare/prefekt om sina problem tidigare? Kunde ledning se och reagera att på att Karl blev förändrad? Har elitistiskt tankesätt fortfarande stark fäste i forskares/akademikers hjärnor? Behöver regeringen, FK, FHV satsa mer på förebyggande åtgärder?

Fall 2, "Lena"

Lena är 38 årig forskare som snart tar sin doktorandexamen. Upplever stor press att producera bra resultat innan finansiering går ut. Lena är den enda kvinnliga forskaren på institutionen och hela forskningsområde är mandominerat. Lena har känsla att hon måste prestera bättre än manliga forskarkamrater för att klara av konkurensen om medlen. Kontakten med handledare fungerar inte bra, Lena saknar stöd. Handledare är visserligen enastående när det gäller ämne, men har det svårt att hjälpa Lena planera och organisera forskning. Lena upplever att handledare förväntar sig att hon under 4 år skulle lägga all sin vakna tid på forskning. Dessutom måste Lena spendera mycket tid i laboratoriet och upplever att manliga doktorander får mer stöd och service där. Lena upplever att handledare tappat intresse för hennes forskning då hon ligger efter och inte klarat att producera alla planerade artiklar. Lena har aldrig pratat om sin situation med prefekten. Lena är helt frisk kroppsligt.

Gift sedan några år tillbaka. Paret har under några år har försökt att skaffa barn utan resultat. Har sedan 2 år tillbaka regelbunden kontakt med fertilitetscenter SU. Lena har gått igenom 5 infertilitetsbehandlingar som resulterat i 2 missfall och 2 x-graviditet. Både behandlingar och den negativa resultatet påverkade Lena psykiskt och fysiskt. Hormonbehandling kan ge depressiva besvär dessutom har Lena gått 10 kg upp i vikt. Känner sig allt mer nedstämd, misslyckad och otillräcklig. Har blivit extremt stresskänslig, gråter vid minsta motgång, är lättirriterad och sover sämre samt har konflikter med maken hemma. Har försökt diskutera sin livssituation med handledare, men kände sig snarare avvisad och missförstådd. Söker själv via GU:s websida kontakt med FHV. Telefonbedöms av erfaren sjuksköterska och kommer till bedömningssamtal till läkare direkt. Vid undersökning ger Lena ett mycket oroligt och speedat intryck, är ledsen, berättar om episoder med hetsätningar, hjälpsökande. Lena behöver hjälp att hantera både sin arbets- och privatsituation. Rekommenderas att hon träffar kurator på fertilitetscenter för samtalsstöd. Vi diskuterar snabbt avstämningssamtalet med hennes handledare och prefekt, men Lena känner sig så pass besviken på handledare att hon väljer möte med prefekt och läkare. Vill dock själv ta kontakt med prefekten. Lena blev partiellt sjukskriven. Läkare tar kontakt med AMM för att diskutera om vistelse i labbmiljö och hantering av vissa kemikalier kan påverka fertilitetsbehandlingar. Lena blev insatt på Fluoxetin under 5 månader, har också fått vid behov medicin mot oro och sömnstörningar.

Avstämningssamtalet med prefekt och FHV äger rum inom 20 dagar.

Prefekten visar stort engagemang och t.o.m avbryter sin ledighet.

Man har kommit fram till att Lenas bihandledare kommer att ta huvudansvar och kontakt med tidigare huvudhandledare begränsas till ämne. Det har också framkommit att huvudhandledare hade egna bekymmer och hans sviktande intresse inte bara berodde på Lenas sänkta prestationer (som Lena hade tolkat). Prefekten bokar uppföljningsmöte med Lena varannan vecka. Lena är mycket nöjd och trygg med arbetsplanering, har stödsamtal på fertilitetscenter och hennes arbetsförmåga återställs succesivt. Lena har också träffat vår mycket erfarna sjukgymnast för att få råd och coaching beträffande kost och träning.

AMM yrkeskemist har undersökt Lenas arbetsplats och kommer med förslag. Lena mår bättre idag, arbetar heltid och förbereder sig för nästa behandling på FC.

Fall 3, "Sara"

Sara är 27 årig forskare fr Handelshögskola. Har påbörjat sin doktorandutbildning för 2 år sedan. Kommer från Norra Sverige till Göteborg tillsammans med pojkvän som är också forskare. Har ingen annat kontaktnät i Göteborg. Sara är mycket intresserad av sitt ämne, arbetar på övertid, producerar flera artiklar och undervisar. Allt går mycket bra. Sara har huvudhandledare, som är bosatt i Danmark och bara arbetar deltid på GU, men kommunikation fungerar bra. Forskarparet får uppdrag att arbeta 3 månaders utomlands. Under den tiden uppstår det kris i relationen då pojkvännen träffar en annan.

Sara återvänder hem något tidigare och försöker att arbeta som vanligt. Detta har inte fungerat. Kämpar för att fokusera på forskning men blir klart distraherad av sina personliga problem. Har inget stöd någonstans. Mailar till handledare om detta men får besked att "det enda sättet att bli kvitt personliga problem är att drunkna i sitt forskningsarbetet".

Sara försöker att följa rådet och arbetar ännu mer, slarvar med maten, sover mindre för att undvika jobbiga tankar och psykisk smärta. Dagarna går ut på att jobba så mycket som möjligt för att trötta ut sig totalt och inte lämna något utrymme för smärtbearbetning.

Detta pågår under ytterligare två månader. Ingen i omgivningen reagerar. Sara vill inte berätta för sin familj och göra dem oroliga. Sara rubbar sitt sönmönster, tappar aptit, går ner 5 kg i vikt, tappar koncentrationförmåga och blir allt mer ledsen.

Söker hjälp på VC men hänvisas till FHV då man anser att Sara har utmattningssyndrom och problemen är arbetsrelaterade. Dessutom har man inget samtalsstöd att erbjuda. Sara söker vidare kurator på Studenthälsa då hon inte längre klarar att läsa facklitteratur, kraftigt trött och tappat livslust. Remitteras till läkare på FHV direkt. Vid första bedömning ger Sara ett mycket uppgivet intryck. Hon gråter under hela samtalet, ser ingen utväg, har t.o.m haft dödsönskan. Det har också framkommit ett starkt hereditet för depression på mammas sida.

Saras mor har t.o.m gjort självmordsförsökt efter sin skilsmässa. Detta skrämmer Sara.

Sara uppfyller alla kriterier för medelsvår depression vid bedömning. Då Sara mår såpass dåligt och behöver flera insatser tar läkaren under första samtal kontakt med Saras chef.

Man bokat avstämningsmöte med ledning och Saras handledare. Efter återkoppling till ledning får Sara extra stöd i form att Previas läkare med psykiatrisk kompetens och erfaren beteendevetare turas om att träffa Sara en gång i vecka under 2 månader. Sara kan ej tänka sig att söka psykiatri. Sara blev insatt på Zoloft (100mg) samt vid behov sömnmedicin.

Sara blev under kortare period heltidssjukskriven, därefter partiellt. Hon åker också hem till sin familj under 2 första veckorna. Avstämningsmöte med handledare och arbetsmiljöansvarig chef äger rum vecka 3 efter sjukskrivning. Syfte med möte i detta fall är att förklara för

ledning mekanismerna bakom depressivitet och tillfriskande samt uppbyggande av rehabiliteringsplan. Handledare och Sara skriver upp detalierad plan av Saras arbete för kommande 6 månader. Glädjande nog så återhämtar Sara sig relativt snabbt trots allvariga symptom. 6 månader efter möte arbetar hon heltid, går i samtalsterapi på Psykologiska institutionen för att bearbeta sin livskris. Medicinerar fortfarande med 50 mg Zoloft. Hon har fått en del nya vänner i Göteborg och tränar regelbundet på gymmet. Man har också haft 2 uppföljande avstämningsmöte med ledning och FK.

Fall 4, "Kerstin"

Kerstin är 36 årig forskare fr Samhällvetenskapliga fakulteten. Har varit sjukskriven sedan 1 år tillbaka heltid pga paniksyndrom. Uppger anledning till ohälsa är en kraftig konflikt med institutionsledning för ett år sedan. Kerstin upplevde sig direkt kränkt av en chef och utvecklade första panikattack några timmar efter detta. Fick då känsla av svindel, ostadighet, illamående, hjärklappningar, svettningar samt kvävningsskänsla.

Sökte medicinakuten på SU och där fick diagnos panikattack. Rekommenderades därifrån kontakta FHV för behandling och sjukskrivning. Kerstin uppger sig vara helt frisk tidigare men vid närmare undersökning kan man misstänka ängslighet och undvikande

personlighetsproblematik. Privat är Kerstin sambo, har inga barn, relation fungerar bra.

I detta fall har man av begripliga skäl haft mycket svårt att kontakta arbetsledning. Kerstin protesterade mot att man kontaktar arbetsgivare. Avstämningsmöte har inte kommit på tal under första året. Kerstin mådde sämre, fick ångest och blev blockerad så fort man börjar diskutera hennes arbete. FK visade förståelse attytid och pressade inte på med arbetsträning. Tyvärr har situationen inte förbättrats efter ett års heltidssjukskrivning, läkemedelsbehandling och deltagande i stresshanteringskurs. Arbetsledning hade avvaktande attytid, ingen från arbetsplatsen kontaktade Kerstin under första halvåret av sjukskrivning.

Efter ett år kunde man samordna ett möte med Kerstin, hennes handledare och personalchef.

Man började mycket försiktigt med 25% arbetsträning. Kerstin skulle vistas 1-2 timmar dagligen på sin arbetsplats under 2 månader utan att utföra något arbete.

Därefter har man försökt med 25% arbetsinsats men fick gå tillbaka. Det har tagit mer än ett år för Kestin att komma upp till 50% arbetsinsats trots flera psykologsamtal och läkemedelsstöd med 150mg Zoloft (adekvat dos för diagnosen) ångestdämpande samt sömnmedicin. Doktorexamen har skjutits upp. Idag är patient fortfarande partiellt sjukskriven.

5 Diskussion

Den aktuell rehabiliteringssmodell inriktas först och främst på efterhjälpande insatser. Alla 20 doktorander var i dåligt skick när de sökte Previa och behövde längre rehabilitering med flera insatser. Försenade insatser fördröjde tillfriskande, orsakade mer smärta och lidande för individen. Efterhjälpande insatser för anställda är som regel mycket kostsamma för arbetsgivare (2). I samband med stora förändringar i sjukförsäkringssystemet som den nuvarande regeringen genomför ställs det nya krav både på arbetsgivare och FHV att arbeta mest förebyggande och att hitta systematiskt arbetssätt för att tidigt identifiera personer, i dessa fall doktorander, i riskzonen. Fördel och syfte med den nya uppdaterade rehabiliteringsmodell är att sätta in rehabiliteringsinsatser så tidigt som möjligt för att motverka utveckling av stressrelaterad ohälsa hos doktorander. Den nya rehabiliteringsmodell som Previa har utarbetat inriktar sig på tidiga förebyggande insatser.

6 Rekommendationer

Det är viktigt att alla institutioner på Göteborgs universitet erbjuder doktorander en tydlig introduktion och att det finns en bra struktur samt en kunskap på alla institutiner vem som har arbetsmiljöansvaret (3). Rehabansvarig och ledning på varje institution bör göra regelbunden inventering som innebär genomgång av alla sjukskrivningsärende, upprepad korttidsfrånvaro (3ggr /6 mån) samt diskuterar situationen för alla doktorander som visar tidiga signaler på stressrelaterad ohälsa och sjunkande arbetsförmåga med närmaste chef (6). Ansvariga på Göteborgs Universitet genomför inventeringen själva, ev med berörda handledare eller i samråd med ansvarig företagssköterska från Previa. Doktorander som behöver insatser från FHV erbjuds bedömningssamtal hos företagssköterska därefter diskuterar företagssköterska det aktuella ärendet med företagsläkare och man lägger upp en behandlingsplan som återkopplas till arbetsmiljöansvarig chef på GU (6). Behandlingsplan kan innebära olika åtgärdsförslag som FHV erbjuder ex:

- Rehabiliteringsteam kopplas in med läkare och andra för bedömning av behov av medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering
- Individuella samtal med psykolog/beteendevetare el. deltagande i stresshanteringskurs
- Samverka med Försäkringskassan
- Organisationskonsult gör arbetsmiljöutredning.
- Hänvisning till en annan vårdgivare.

Det är mycket viktigt att sätta upp tid för uppföljning av behandlingsplan redan från början(6).

Litteraturförteckning.

1. Arbetsmiljöbarometer 2-arbetsmiljöundersökningen vid Göteborgs universitet
2005.Marianne Leffer.Cristina Nordberg.Joseph Schaller.Stefan Szucs.Lennart Wiebull.
Göteborgs Universitet.Personalavdelningen.
2. Arbets-och miljömedicin- en lärobok om hälsa och miljö. Redaktion: Christina
Edling.Gunnar Nordberg.Monika Nordberg. Studentlitteratur.2:a upplaga.
3. Arbetsmiljöverkets inspektionsrapporter i sammandrag.Arbetsmiljöverkets
inspektionsmeddelande.20070417.
4. Socialstyrelsen.Utmattningssyndrom.Stressrelaterad psykisk ohälsa.
www.socialstyrelsen.se Uppdaterad 15 mai 2008.
5. Ojämlika villkor för doktorander.Annika Fridèn.Göteborgs Posten 20080210.
6. Tidig rehabilitering-process och roller.Previa AB. 20080325. Version:1.4
7. Stressreaktionernas biologi.Thomas Ljung.Peter Friberg.Läkartidningen. nr 12.2004
8. www.Forsakringskassan.se